

L'incarcération des mineurs

Enfermement et soins



Jérôme Hette

Psychologue clinicien

Prison et restructuration psychique ne sont pas des mots que l'on associe spontanément. Aussi, lorsqu'un adolescent se trouve incarcéré, comment faire en sorte que ce lieu d'enfermement ne soit pas une entrave de plus à son individuation, mais lui offre, au contraire, la possibilité de mettre des mots sur son histoire et de penser ses troubles du comportement ou de la personnalité ? Un exemple de dispositif.

La maison d'arrêt de Poitiers est de taille moyenne. Elle comprend environ cent cinquante à cent quatre-vingts détenus. Un petit quartier « mineurs » de six places (trois cellules de deux places) a été créé en son sein.

Au cours de l'année 2006, le quartier « mineurs » a accueilli environ vingt adolescents avec un taux d'occupation entre deux et quatre mineurs en même temps. Ces chiffres, revus en 2007-2008, tendent à diminuer.

Quelques caractéristiques sur ces mineurs incarcérés

Ces mineurs :

- ont en moyenne dix-sept ans ;
- sont « primaires » (première incarcération) pour plus des trois quarts ;
- sont, pour les trois quarts, prévenus (c'est-à-dire non jugés et non condamnés), placés en mandat de dépôt ;
- passent en moyenne deux à quatre mois en détention, sauf lors d'affaires criminelles

graves (meurtres, violences graves, viols...) ou dans le cas d'actes délictueux très nombreux. Dans ces cas, les mineurs peuvent parfois dépasser les six mois de détention ;

- sont pour la plupart principalement incarcérés pour violences (souvent accompagnées de vols), et dans des cas plus rares pour viols / agressions sexuelles, non-respect des obligations judiciaires, fugues de foyers (type CER), dégradations de biens (voitures brûlées, par exemple), détention d'armes (à feu parfois).

Concernant leur parcours, on retrouve certains invariants bien connus des éducateurs :

- une discontinuité : séparation parentale, conflits familiaux souvent accompagnés de violence, échec / arrêt scolaire, placements éducatifs à répétition ;
- des antécédents judiciaires : ces jeunes ont souvent déjà commis un certain nombre de délits, rencontré le juge des enfants à plusieurs reprises sans jamais avoir été incarcérés. Ils sont pour les trois quarts

connus et/ou suivis par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Pour le quart restant, en revanche, on ne note aucun antécédent judiciaire ni aucun suivi éducatif quelconque (adolescents inconnus de la PJJ) ;

- plus rarement des antécédents de soins (parfois des hospitalisations et/ou suivis psychiatriques ou psychologiques), mais des consommations fréquentes et parfois importantes d'alcool et de cannabis (recherche de « défonce », action désinhibitrice de l'alcool facilitant le passage à l'acte).

Concernant leur présentation psychologique à l'entrée en détention, on retrouve :

- Une dimension sensitive, à savoir le sentiment d'être menacé par l'autre, expliquant ainsi, chez certains, le port d'arme qui leur permet autant de se défendre contre tout danger potentiel que d'agresser son prochain (parfois de façon « préventive », c'est-à-dire agresser l'autre avant que l'autre ne l'agresse). Ces jeunes ont généralement une méfiance importante vis-à-vis des adultes.

Prenons l'exemple de Kamel, un adolescent de dix-sept ans incarcéré pour avoir commis des rackets dans les rues de la ville, la nuit, en compagnie de deux autres jeunes.

Il m'explique qu'il a agressé des passants à l'aide d'un couteau pour leur voler leurs biens (argent, téléphone portable, MP3...). Un couteau, il en a toujours un sur lui, et cela depuis l'âge de neuf ans, me dit-il ! Avec cette arme, il a le sentiment de toujours pouvoir se défendre contre d'hypothétiques agresseurs. À douze ans, il a un jour été agressé et détroussé par un groupe de jeunes, frappé par derrière, puis laissé assommé dans la rue. Insécurisé à l'intérieur, la menace se projette à l'extérieur (alimentée par cet épisode). Kamel finit lui-même par agresser les autres, comme je le lui fais remarquer, le couteau servant alors autant à se protéger d'une agression qu'à l'agression elle-même.

Yohan, dix-sept ans, est quant à lui incarcéré pour la cinquième fois. Il se décrit et est décrit comme un jeune très impulsif et très violent. Il m'explique qu'un simple regard suffit à le faire « démarrer au quart de tour ». Quand il va en boîte de nuit, il a l'impression de côtoyer des gens potentiellement « malades », c'est-à-dire porteurs de « microbes » qui se déposent sur ses vêtements, sur sa peau... ce qui l'oblige à bien se laver, à se purifier quand il rentre chez lui. Cela évoque une forte insécurité interne qui se traduit par des limites incertaines (ici limites corporelles) ne garantissant pas sa protection contre des menaces externes, elles-mêmes projections probables de menaces internes non élaborées.

● Une dimension d'impulsivité (défaut de contrôle pulsionnel), ainsi qu'une difficulté à accepter les règles, les interdits, la frustration.

● Mais aussi, et plus fondamentalement, un sentiment d'insécurité interne, un manque de confiance en eux, une faible estime d'eux-mêmes (fragilité narcissique). Celle-ci est parfois renversée, ne nous y trompons pas, en excès de confiance niant la réalité (« *Tout va s'arranger, les problèmes, c'était avant, maintenant tout va être différent...* »), en attitude de prestance, en sentiment de toute-puissance rassurant ou encore en mythomanie permettant de travestir la réalité et de la rendre plus conforme à l'idéal (tel ce jeune, délaissé par sa mère, inconnu de son père, racontant à tous que son oncle, marin pêcheur, allait le prendre sur son bateau et que lui-même serait bientôt patron pêcheur).

Un passage à l'acte violent peut aussi trouver sa source dans une humiliation

subie / agie. Telle est l'histoire de Steven qui me raconte qu'il est incarcéré pour avoir frappé un autre adolescent du même foyer éducatif où il était placé. Les actes ont été commis en compagnie d'autres jeunes du même foyer.

Il m'explique que, dans un premier temps, il avait assisté aux violences infligées par les autres sur la victime, mais qu'il n'y avait pas pris part, cherchant même à réfreiner la violence des autres. Mais tout a basculé quand l'un des agresseurs s'est mis à humilier la victime, lui demandant de lui « lécher les pieds ». Steven, toujours spectateur, n'a pas supporté l'acceptation passive et soumise de la victime (qui, selon lui, se laissait humilier sans réagir). Ce fut l'élément déclencheur des actes de violence qu'il commit à son tour sur la victime.

Ainsi, on peut faire l'hypothèse que cette scène a réactivé chez Steven, par identification à la victime de ces humiliations, son propre passé d'enfant humilié, violenté... un passé insupportable qu'il a renversé et annulé en exerçant lui-même un acte d'humiliation envers l'autre.

● Une dimension abandonnique (parfois confirmée dans la réalité, puisqu'il n'est pas rare que le jeune n'ait aucune nouvelle de ses parents pendant sa détention, ou alors quelques lettres sans parler).

● Une difficile inscription dans l'histoire familiale, une difficile projection dans l'avenir (pas de projets), une vie centrée sur le présent, où les conséquences des actes ne sont jamais prises en compte.

Globalement, on ne note pas de troubles psychiatriques francs (jamais de troubles psychotiques comme la schizophrénie, ou encore d'état dépressif franc dans mon expérience), les difficultés appartenant plutôt au vaste champ des troubles de la personnalité et du comportement.

Une clinique individuelle

L'importance de la première rencontre

Au service médico-psychologique régional (SMRP) de Poitiers, service de psychiatrie publique implanté en maison d'arrêt, ayant des missions de dépistage, de prévention et de soin aux détenus, c'est au psychologue d'assurer l'entretien systématique de dépistage des troubles psychiques (d'autres services de soin proposent des entretiens infirmiers ou médicaux) lors de l'arrivée des jeunes en détention.

Il s'agit, lors de cette rencontre, de créer une relation de confiance avec le jeune permettant à celui-ci de se livrer, d'exposer

son parcours, sa situation (y compris pénale, puisque je demande toujours la raison de l'incarcération), ses difficultés, de susciter un questionnement (le jeune se pose-t-il des questions sur sa situation, sur son aboutissement pour la première fois en prison ?) permettant de déboucher sur une certaine demande.

Celle-ci sera concrétisée sous forme d'entretiens plus ou moins réguliers avec le psychologue, parfois avec l'infirmière, le médecin étant surtout, dans notre dispositif auprès des mineurs, sollicité lors des urgences ou pour des questions de traitement médicamenteux.

Afin de créer cette relation de confiance, il est nécessaire de bien préciser le cadre de la rencontre, en particulier :

● préciser que notre employeur est l'hôpital, et non l'administration pénitentiaire, et que cet entretien n'est pas spécifique à lui, mais s'applique à tout nouvel arrivant en détention (majeur, mineur, homme, femme) ;

● préciser que l'entretien se fait dans le respect du secret professionnel (pas de contact avec le juge, pas de rapport écrit au juge, confidentialité des propos vis-à-vis des surveillants, des autres détenus, des avocats) ;

● préciser au jeune qu'il est libre d'accepter ou de refuser cet échange : il s'agit ainsi de lui restituer une part active, une part de décision et de choix qui fait souvent défaut en détention où le jeune reste soumis aux décisions des autres (décision du juge qui l'incarcère ou le libère, décision insuffisamment expliquée de la part du surveillant ou vécue comme arbitraire...).

D'une manière générale, et comme avec tous les adolescents, l'entretien nécessite une certaine activité de la part du clinicien, il faut « aller chercher » l'adolescent tout en n'étant pas trop intrusif, au risque de lui faire peur, de le braquer, de soulever trop rapidement une problématique insupportable qui déboucherait inmanquablement sur un refus, une fermeture difficilement récupérable par la suite.

Cet échange s'appuie sur la préoccupation du clinicien concernant le bien-être du jeune, celui-ci percevant possiblement le psychologue (ou l'infirmier) comme l'une des rares personnes se préoccupant de son vécu de la détention, et lui offrant une part de liberté (de parole) dans un milieu qui l'en prive brutalement et largement.

Le psychologue peut aussi constituer un repère, répondre à des questions concrètes concernant la vie carcérale, l'informer

des possibilités en détention, des démarches à effectuer, ce qui présente un côté rassurant pour la plupart.

Dans mon expérience, les deux tiers des adolescents rencontrés acceptent un second entretien, puis d'autres plus ou moins réguliers pendant toute ou une partie de la durée de détention.

Lors de refus d'entretiens, il est parfois intéressant de se déplacer en personne dans le quartier « mineurs », d'y rencontrer « en direct » les jeunes dans leur cadre de vie quotidien. Cela peut témoigner du souci et de l'intérêt portés par le clinicien aux jeunes, de se faire connaître de certains (débouchant sur une demande de rendez-vous spontanée) et, surtout, de permettre une reprise des entretiens interrompus (« raccrocher » l'adolescent).

Concernant ces entretiens, il est toujours précisé aux jeunes que ceux-ci prendront fin dès leur sortie de prison, dans la mesure où mon activité est uniquement centrée sur la détention, sans possibilité de revoir les jeunes après et en dehors.

Cela pourrait faciliter, chez certains, l'engagement dans le suivi, la menace de toute dépendance trop longue envers le psychologue étant d'emblée écartée, mais peut avoir l'inconvénient pour d'autres de ne pas s'engager dans une nouvelle relation, impliquant une nouvelle séparation insupportable (problématique abandonnique).

Quels sont les enjeux de ces entretiens psychologiques ?

● Constituer un étayage permettant de mieux supporter la détention au quotidien.

● Aider le jeune à « prendre du recul » sur sa situation, « faire le point » (expressions que j'utilise fréquemment) en repérant les différents éléments ayant abouti au délit, puis à l'incarcération.

Cela consiste notamment à mettre en évidence un certain nombre de souffrances psychiques que le jeune a pris l'habitude de nier ou de cacher (remarquer avec lui que ses consommations de produits sont problématiques ou qu'il existe des troubles du sommeil, des conflits familiaux importants... par exemple).

● Aider à l'élaboration des projets d'avenir, ou tout au moins permettre l'expression des angoisses concernant l'avenir (projets souvent décidés par d'autres : le juge, les éducateurs).

De mon côté, je présente toujours la prison comme une « étape », une « parenthèse », mais jamais une fin en soi. Ainsi, d'emblée, la question de l'avenir est-elle

posée, dans la mesure où, de mon point de vue, elle doit guider notre action, le jeune étant toujours envisagé dans son devenir, dans ses potentialités.

Le partenariat avec la PJJ est alors primordial, puisque c'est elle qui, dans la plupart des cas, sera chargée de préparer et de mettre en œuvre le projet de sortie, et donc de faire le lien avec l'extérieur.

● En aucun cas, ces entretiens ne sont de la psychothérapie : la plupart de ces jeunes ne peuvent s'y prêter, et le cadre carcéral en limite les possibilités (ne serait-ce que par la durée trop brève de l'incarcération).

Un autre enjeu est aussi de ne pas psychiatiser des comportements délictueux à des fins de correction sociale, de normalisation, tout en tenant compte d'éventuelles souffrances psychiques qui doivent, seules, guider notre action de soin.

● Pour finir, nous rencontrons une limite quasi systématique dans la possibilité d'inscrire certains jeunes dans un soin continu qui pourrait se poursuivre à l'extérieur de la prison. Le lien thérapeutique reste, en effet, toujours très fragile, et semble devoir se limiter pour les jeunes à la rencontre durant le temps carcéral.

Ainsi, concrètement, nous adressons très rarement ces adolescents à nos collègues hospitaliers lors de leur sortie.

Comment les adolescents vivent-ils la détention ?

On peut constater plusieurs temps dans le vécu de l'incarcération. Il y a bien souvent, tout d'abord, un effet de sidération. Le jeune ne croyait pas, malgré les menaces répétées du juge et les avertissements des éducateurs, qu'il irait vraiment en prison. Il passe ainsi de la virtualité à la réalité traumatique de quelque chose qui s'impose à lui et contre lequel il ne peut rien. L'incarcération marque alors un coup d'arrêt aux délits, dans leur multiplication parfois inquiétante, couplée de divers autres symptômes.

On observe souvent les manifestations anxiodépressives classiques des détenus « primaires » : troubles du sommeil, de l'appétit, tension excessive, parfois automutilations. Les tentatives de suicide ainsi que les décompensations psychotiques (délire, confusion mentale, hallucination...) sont en revanche très rares.

Après une à deux semaines, certains s'adaptent à la vie carcérale, prennent leur marque, repèrent les interdits, mais aussi les failles d'un système qu'ils vont pouvoir

exploiter (trafics en tout genre, en particulier de cannabis et, depuis peu, de tabac depuis la nouvelle loi de 2007 interdisant aux mineurs de fumer en détention).

Les surveillants notent alors des positions de bravade (donnant une consistance), parfois de révolte, contre le système, pouvant déboucher sur des insultes, des violences entre jeunes ou contre les surveillants.

La dimension du groupe est souvent prépondérante dans l'exacerbation des conflits, des provocations, des violences. En particulier, la rivalité (mesurer ses forces, occuper et défendre un statut dans le groupe...) précipite les bagarres et règlements de compte entre adolescents.

Ces dernières peuvent déboucher, après le passage en commission de discipline (le « prétoire », sorte de tribunal disciplinaire interne à la prison), sur la mise au quartier disciplinaire (le fameux « OD »), dont les applications ont été réformées et assouplies par le décret du 9 mai 2007.

D'autres adolescents s'adaptent plus tranquillement et calmement, ou en apparence seulement, car la teneur des entretiens psychologiques révèle la souffrance (vécu d'abandon, de solitude, d'insécurité dans un monde dangereux), tel cet adolescent m'expliquant pleurer silencieusement le soir ou la nuit dans son lit.

Une clinique interinstitutionnelle

Les actions menées auprès des adolescents incarcérés ne peuvent se résumer aux rencontres directes avec les jeunes (type entretien), mais passent également par un travail interinstitutionnel, partenarial, créé avec les autres intervenants auprès des mineurs : les surveillants pénitentiaires « référents mineurs » (motivés et formés spécifiquement pour s'occuper différemment des détenus mineurs), les soignants somatiques (infirmières, médecins somaticiens de l'unité de consultation et de soins ambulatoires [UCSA]), les enseignants de l'école, les éducateurs PJJ et, enfin, les soignants du SMPR (psychologue et infirmier dans notre dispositif).

La rencontre régulière et le travail collectif de ces différents intervenants sont effectués grâce à l'action d'une psychologue « coordonnatrice » embauchée par l'administration pénitentiaire.

Ce travail s'articule autour de réunions de synthèse ou de régulation.

● *Réunions de synthèse (une fois par mois) : Il s'agit de réunions d'une heure*

et demie au cours desquelles les différents intervenants échangent sur les situations individuelles des jeunes en détention au cas par cas. Il y est également question de la famille, de la santé, de la scolarité, de l'adaptation à la vie carcérale, de la situation pénale. L'avenir du jeune, ses projets, etc., y sont tout autant abordés. Ce sont, de mon point de vue, les éducateurs de la PJJ qui servent de fil conducteur dans la trajectoire du jeune : ils font le lien entre intérieur et extérieur, entre l'avant et l'après-détention, entre réalité du vécu interne et réalité externe plus concrète.

Ce sont eux qui mettront en œuvre le projet de sortie et accompagneront le jeune.

● *Réunions de régulation (une fois par mois)* : Ces réunions, d'une heure et demie également, ont quant à elles pour but de réfléchir sur des actions interinstitutionnelles, c'est-à-dire sur l'articulation entre les différents intervenants issus d'institutions différentes (hôpital, administration pénitentiaire, PJJ, Éducation nationale) et de mieux coordonner ces actions à destination des mineurs.

Ce travail suppose une relation de confiance réciproque entre des intervenants qui doivent partager, *a minima*, l'idée générale d'agir dans le sens d'un « mieux-être » du jeune.

Vis-à-vis des surveillants, en particulier, cette relation suppose la mise en commun d'informations relevant du secret partagé. Or, dans le milieu carcéral, le secret, l'intimité des corps et même des pensées, ne sont pas de mise : fouille de cellule, fouille à corps, lecture des lettres reçues et envoyées, présence permanente du regard du surveillant (caméra, œilleton sur la porte...), rumeur permettant de savoir pour quelle raison untel ou untel est incarcéré, etc. Les détenus ressentent souvent une désappropriation de leur corps, de leur volonté, de leur individualité, de leur désir par l'institution carcérale qui les prive de tout moyen d'agir sur leur propre vie, les rend impuissants à leur propre destin.

Les informations échangées lors des réunions ne doivent en aucun cas se retourner contre le jeune ou encore être « récupérées » et utilisées par l'administration pénitentiaire.

Inversement, certaines informations données par les surveillants sur la situation pénale du jeune, par exemple, ou encore sur la tenue des parloirs, doivent faire l'objet d'une nécessaire discrétion de notre part.

Ces réunions révèlent aussi parfois des divergences fondamentales de « culture institutionnelle » entre l'administration

pénitentiaire et la PJJ, concernant la sanction éducative. Les prises de position des uns et des autres nous rappellent que les surveillants ne sont pas des éducateurs (et inversement) et que chacun travaille toujours conformément à la logique propre de l'institution qui l'emploie, ainsi qu'aux représentations qui en découlent (cela indépendamment des personnalités).

Globalement, la réalité nous rappelle donc régulièrement que nous évoluons en milieu carcéral, que les règles du jeu sont entre les mains de l'administration pénitentiaire qui rend possible ou non, selon sa volonté, ses moyens et sa culture institutionnelle propres, un certain nombre d'actions en faveur des mineurs incarcérés.

Par ailleurs, au-delà de ces rencontres formelles, des petits déjeuners ont également été mis en place dans les locaux du quartier « mineurs » de Poitiers, un jeudi matin sur deux. Ils sont animés par une infirmière de l'ucsa, une infirmière du SMPR, ainsi que le surveillant du quartier « mineurs » présent ce jour. Tous les mineurs présents y sont conviés.

Il s'agit d'un moment privilégié, convivial, en présence d'adultes autres que les surveillants, basé sur la dimension groupale, le plaisir partagé autour d'un repas (le petit déjeuner étant normalement pris seul en cellule).

Ce temps permet ainsi de favoriser des échanges plus informels avec les soignants et de les observer en interaction de groupe. Cependant, cette rencontre n'est possible que si un surveillant mineur est présent le matin même, ce qui n'est pas toujours le cas et cela se décide parfois au dernier moment, annulant parfois seulement quelques minutes avant un petit déjeuner prévu depuis plusieurs semaines.

Pour conclure...

Lors de ces diverses rencontres, c'est parfois l'occasion pour les intervenants-partenaires de renvoyer leur sentiment d'être considérés comme des « pièces rapportées », non prioritaires dans les actions à mener du point de vue de la logique pénitentiaire.

Le soin, pas plus que le reste, n'échappe pas à cette logique.

Il s'agit donc toujours et encore de conserver la motivation nécessaire dans l'accompagnement de ces adolescents lors d'un passage souvent éprouvant, mais jamais neutre socialement : celui de la prison. ■

Bibliographie

Brunelle N., Cousineau M.-M., Brochu S., 1997, « Comprendre le jeune délinquant à travers son histoire de vie », *Le Journal des psychologues*, 148 : 31-34.

Dormoy O., 1995, *Soigner et/ou punir*, Paris, L'Harmattan.

Favard J., 2001, *Les Prisons*, Paris, Flammarion.

Lhuillier D., 2001, « L'univers pénitentiaire du côté des surveillants de prison », *Le Journal des psychologues*, 188 : 14-18.

Lhuillier D., 2002, « Vivre en prison », *Le Journal des psychologues*, 198 : 58-63.

Ghesquière S., 2001, « Travail théâtral auprès des mineurs incarcérés », *Le Journal des psychologues*, 189 : 59-63.

Legendre C., 1997, « Une approche thérapeutique des adolescents criminels », *Le Journal des psychologues*, 148 : 37-41.

Legendre C. (dossier coordonné par), 1997, « La prison : un cadre paradoxal », *Le Journal des psychologues*, 151 : 21-49.

Maurion A., 1997, « L'incarcération des adolescents », *Le Journal des psychologues*, 148 : 35-36.

Maurion A., 1990, « L'incarcération des adolescents : de la contention au traumatisme », *Adolescence*, 8 (1).

Morhain Y., 1997, « Violence d'adolescents dans un monde de désenchantement », *Le Journal des psychologues*, 148 : 21-25.

Senon J.-L., 1998, *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*, Paris, PUF.